

Nina Due-Boje & Karin Larsson

Undernäring hos äldre personer med fokus på könsskillnader

– En kvantitativ studie

FÖRFATTARE

Nina Due-Boje

Karin Larsson

PROGRAM/KURS

Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska

Examensarbete OM5310

VT 2014

OMFATTNING 15 högskolepoäng

HANDLEDARE Inger Kjellberg

EXAMINATOR Evelyn Hermansson

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa



Sahlgrenska akademin



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Förord

Tack till Senior Alert för att vi fått tillgång till registret för denna studie.

Vi vill också rikta ett stort tack till Lars-Olof Persson vid Sahlgrenska Akademin, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa och Sara Landolsi för hjälp med statistiken.

Vi tackar också vår handledare Inger Kjellberg för tålamod, uppmuntran och gott samarbete under arbetets gång.

Titel (svensk) :	Förekomst av risk för undernäring hos äldre personer med fokus på könsskillnader – en kvantitativ studie
Titel (engelsk):	Prevalence of risk for malnutrition in elderly with focus on gender differences – a quantitative study
Arbetets art:	Magisteruppsats
Program/kurskod:	Specialistsjusköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska/OM5310
Arbetets omfattning:	15 hp
Sidantal:	37 sidor
Författare:	Nina Due-Boje Karin Larsson
Handledare:	Inger Kjellberg
Examinator:	Evelyn Hermansson

Sammanfattning

Introduktion: Undernäring leder till försämrad hälsa och samexisterar med sjukdom och funktionsnedsättning. Ett gott näringsstatus är viktigt ju äldre du blir för att bibehålla en god hälsa. Det finns studier som visar att det är viktigt att identifiera och förbygga undernäring i tidigt skede. Män och kvinnor får olika behandling vid ett flertal medicinska åkommor. Det finns inte mycket tidigare omvårdnadsforskning ur ett genusperspektiv.

Syfte: Syftet med studien är att undersöka risk för undernäring hos äldre personer i Västra Götaland med fokus på könsskillnader vad gäller förekomst och omvårdnadsåtgärder.

Metod: En registerstudie med kvantitativ ansats är gjord för att besvara syftet. Data på alla individer över 80 år registrerade i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert under januari-september 2012 samlades in. Dataanalys genomfördes med IBM SPSS Statistics 21. För att studera samband och skillnader ur ett genusperspektiv användes chitvå-test samt Pearsons korrelationskoefficient.

Resultat: Studien visar att äldre kvinnor har risk för undernäring i större utsträckning än män i Västra Götaland. Mer än hälften av studiepopulationen (n=6057) har risk för undernäring. Dataanalysen visar att omvårdnadsåtgärder vid risk för undernäring ej skiljer sig åt mellan män och kvinnor. Resultatet visar att insatta åtgärder ej leder till någon viktökning hos studiepopulationen.

Nyckelord: Undernäring, äldre, genusperspektiv, Senior Alert, registerstudie

Titel (svensk) :	Förekomst av risk för undernäring hos äldre personer med fokus på könsskillnader – en kvantitativ studie
Titel (engelsk):	Prevalence of risk for malnutrition in elderly with focus on gender differences – a quantitative study
Arbetets art:	Magisteruppsats
Program/kurskod:	Specialistsjusköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska/OM5310
Arbetets omfattning:	15 hp
Sidantal:	37 sidor
Författare:	Nina Due-Boje Karin Larsson
Handledare:	Inger Kjellberg
Examinator:	Evelyn Hermansson

Abstract

Introduction: Malnutrition leads to loss of health and coexists with disease and loss of function. A good nutritional status becomes more important the older you get to maintain a good health. Studies show that it is important to identify and prevent malnutrition in its early stages. Men and women receive different medical treatment in a number of different medical diseases. There are few studies in nursing from a gender perspective.

Aim: The aim of this study is to examine the prevalence of malnutrition in the elderly in Västra Götaland with focus on gender differences when it comes to prevalence and nursing interventions

Method: A register study with a quantitative approach is conducted to answer the aim. Data from all individuals over 80 years of age registered in the national quality register Senior Alert between January- September 2012 was collected. Data analysis was conducted in IBM SPSS Statistics 21. Chi-square and Pearson's correlation coefficient was used to look at correlations and differences from a gender perspective.

Result: The study shows that elderly women have a greater risk of malnutrition than men in Västra Götaland. More than half of the study population (n=6057), has a risk of malnutrition. Data analysis shows that nursing interventions do not differ between men and women with risk of malnutrition. The results show that the interventions do not lead to weight gain in the study population.

Keywords: Malnutrition, Elderly, Gender perspective, Senior Alert, Registry study

Innehållsförteckning

1. Inledning	7
2. Bakgrund	7
2.1 Undernäring och äldre	8
2.2 Förändringar hos äldre	9
2.3 Senior Alert	10
2.4 Teoretisk referensram	11
2.4.1 Folkhälsovetenskapligt perspektiv	11
2.4.2 Distriktsköterskans folkhälsoarbete	12
2.4.3 Genusperspektiv	12
3. Tidigare forskning	14
3.1 Genus kopplat till nutrition hos äldre	14
3.2 Nutrition och socioekonomisk status	15
3.3 Genusperspektiv inom medicin och omvårdnad	16
3.4 Problemformulering	17
4. Syfte	17
4.1 Frågeställningar	17
4.2 Etiska överväganden	17
5. Metod	18
5.1 Urval	19
5.2 Dataanalys	19
6. Resultat	20
6.1 Beskrivning av totalpopulationen	20
6.2 Undernäring i olika boendeformer	21
Figur 1	22
Figur 2	22
Figur 3	23
6.2.1 Undernäring, kön och boendeform	23
6.3 Omvårdnadsåtgärder vid undernäring	24
6.4 Risk för komplikationer vid undernäring – fall och trycksår	25
6.5 Riskbedömning och uppföljning	26
7. Diskussion	27
7.1 Metoddiskussion	27

7.2 Resultatdiskussion	28
7.3 Implikationer	32
7.4 Slutsats	32
7.5 Fördelning av arbetet	33
Referenser	34

1. Inledning

Ett gott näringsstatus blir viktigare ju äldre du blir. Malnutrition och undernäring ökar risken för att drabbas av sjukdom och ohälsa. Sveriges befolkning blir allt äldre och den grupp som ökar mest är individer över 85 år. Enlig Folkhälsorapport 2009 (1) ökar behovet av hjälp med personlig omvårdnad successivt hos individer från och med 80 års ålder. Med utgångspunkt från detta har vi valt att definiera äldre som individer över 80 år.

Åldrandet innebär kroppsliga förändringar och nedsättning av funktioner. Det påverkar i sin tur möjligheten att upprätthålla ett acceptabelt nutritionsstatus. Hjärt- och lungkapaciteten minskar, möjligheten att koordinera sina rörelser blir sämre och smak- och luktsinne förändras vilket påverkar aptiten. (2) Dessutom har nya läkemedel och behandlingsmetoder gjort att äldres användning av läkemedel nästan fördubblats de senaste 20 åren. Detta påverkar också nutritionsstatus. (3)

Av de äldre som bor hemma med hemtjänst uppges upp till hälften ha risk för undernäring. En tredjedel av äldre som flyttar till äldreboende lider av undernutrition och ytterligare en tredjedel befinner sig i riskzonen för undernutrition (2). I våra yrken som sjuksköterskor ser vi ofta att äldre patienter drabbas av sjukdom och komplikationer som en följd av undernäring. Därför är vi intresserade av hur vården idag arbetar preventivt med undernutrition och hur distriktssköterskan kan arbeta med att förebygga undernutrition. Vi är också intresserade av om kön påverkar vilken omvårdnad en patient får. Hur kvinnor och män behandlas olika i samhället är en samhällsfråga som intresserar oss. Vi vet t. ex att kvinnor idag inte får samma lön för samma arbete som män och vi tror att detta synsätt på män och kvinnor påverkar även vården. Just mat och matlagning i hemmet är något som kvinnor traditionellt har ansvarat för. Därför tycker vi att det skulle vara intressant att undersöka omvårdnadsbehandling vid undernäring ur ett genusperspektiv.

Med hjälp av kvalitetsregistret Senior Alert vill vi studera vilka åtgärder som sätts in när risk för undernäring föreligger och om dessa skiljer sig åt mellan män och kvinnor. Det finns flera studier (4-6) som visar att män och kvinnor behandlas och vårdas olika vid sjukdom, såsom hjärtinfarkt, diabetes och smärta. Det finns få omvårdnadsstudier gjorda utifrån ett genusperspektiv.

2. Bakgrund

I bakgrunden förklarar vi vad Senior Alert är och hur det är uppbyggt. Vi beskriver de förändringar

som åldrandet innebär och de konsekvenser det kan få för nutritionsstatus hos den äldre personen. Vi beskriver de teoretiska perspektiv, folkhälsoperspektivet och genusperspektivet, som ligger till grund för uppsatsen.

2.1 Undernäring och äldre

Socialstyrelsen skiljer på malnutrition och undernäring. Malnutrition innebär brist eller obalans av energi, protein och andra näringsämnen till skillnad från undernäring som innebär enbart brist på energi, protein eller näringsämnen.(7) Vi kommer använda oss av begreppet undernäring då det är det begrepp som används i Senior Alert och vi syftar då på både malnutrition och undernäring.

Enligt Socialstyrelsen är det viktigt att identifiera risk för undernäring i ett tidigt skede för att förebygga och upptäcka ohälsa. Det normala åldrandet innebär en genomsnittlig viktnedgång på 0,5 kg/ år efter 70 års ålder(8). Den vanligaste undernäringsformen hos äldre i Sverige är protein-energiundernäring (PEM) (2). Socialstyrelsen menar att det är först när viktnedgången får negativa följder som man talar om undernäring eller PEM.(7) Det finns ett flertal verktyg för att bedöma risk för undernäring. Den europeiska nutritionsorganisationen ESPEN rekommenderar ett flertal verktyg för bedömning av risk för undernäring (7). I Senior Alert (9) används framförallt Short Form Mini Nutritional Assessment (SF-MNA) (10) som bedömningsverktyg. Risken för undernäring bedöms utifrån frågor om BMI, födointag, viktnedgång, rörlighet och neuropsykologiska problem. I en amerikansk studie (11) framgår det att ett högt BMI genom livet ökar risken för dödlighet men att denna risk minskar med ökad ålder. Hos personer över 70 år är alltså ett BMI mellan 25-30 kopplat till ett långt liv. Socialstyrelsen föreslår att ett BMI mellan 23-29 är att sträva efter hos äldre personer. (7)

Födointag kan kopplas till olika faktorer som försämrad aptit, matsmältningsproblem, tugg-och sväljsvårigheter samt läkemedelsbiverkningar. Nya läkemedel och behandlingsmetoder har gjort att äldres användning av läkemedel nästan fördubblats de senaste 20 åren. Läkemedel minskar aptiten genom vanliga biverkningar som muntorrhet, förstoppning och illamående. (3).

En studie (12) gjord i Sverige, Norge och Danmark undersökte sjuksköterskors och läkares attityder till nutrition i sjukhusvård. Resultatet visade att orsakerna till otillräckligt arbete med nutritionsfrågor berodde på okunskap, ointresse och en känsla av att det inte ingick i deras

yrkesansvar. Endast 20 % av de svenska studiedeltagarna anser att de har bra kunskap om hur undernäring ska behandlas.

Det finns flera studier (13-15) som undersöker prevalensen av risk för undernäring. Undernäring hos äldre är ett vanligt problem som leder till sviktande funktionsförmåga och mindre självständighet. Därför är det viktigt att förebygga undernutrition tidigt.(14) Bäst nutritionsstatus har de äldre som bor i det egna hemmet, endast ca 6 % av dem är undernärda. Av de äldre som vistas på sjukhus eller i geriatrisk rehabiliteringsvård är 38 % respektive 50 % undernärda.(13) På äldreboende befinner sig ca 51- 67 % i riskzonen för eller är undernärda (13-15) Att äldre drabbas av undernäring beror ofta på otillräcklig mängd mat och/ eller ett försämrat näringsupptag.(2) Det har visat sig att individer äter mer i sällskap med andra. Rekommenderat är att äta många, små och energirika måltider.(16)

2.2 Förändringar hos äldre

Kroppen förändras med åldern. Med åldern minskar muskelmassan och det beror på obalans i proteinmetabolismen, otillräckligt näringsintag samt undernutrition. Nedsatt saltsyraproduktion i magsäcken gör att matsmältning försämras och detta leder till att näringsupptaget minskar. Förändrat munstatus med nedsatt salivproduktion, muntorrhet, tugg och sväljsvårigheter samt problem med tänder kan också påverka aptiten och möjligheten att äta. Även lukt och smaksinne förändras vilket också kan påverka aptiten. Energiförbehovet hos äldre minskar med ca 20-30 % vilket tros bero på faktorer som minskad fysisk aktivitet, att antalet celler samt mängden metaboliserande vävnad minskar och att kroppens förmåga att reglera metabolismen via intracellulära enzymer och hormoner minskar. Trots att behovet av kalorier via kosten minskar hos äldre är behovet av en varierad kost med proteiner, vitaminer, fett och kolhydrater kvarstående.(2)

Livsmedelsverkets rekommendationer för näringsintag är i stort sätt lika för äldre som unga. Detta innebär att balansen i kosten hos äldre är viktig för att undvika näringsbrist.(17) Måltider ska fördelas jämt över dagen och vara energitäta. Det är extra viktigt med mellanmål hos individer med nedsatt aptit då mellanmålen kan utgöra upp till 30 % av det totala energiintaget på en dag (2).

Sjukvården använder sig av näringsdrycker för att behandla undernäring. Det kan dock vara svårt för äldre att få i sig den mängd näringsdryck som krävs för att få sig tillräckligt energi med för att det ska göra nytta. I en nyligen gjord studie(14) fick en interventionsgrupp en koncentrerad form av näringsdryck och de gick då upp i vikt, BMI ökade och de fick i sig mer mikronutrientier jämfört med kontrollgruppen.

I Sverige samexisterar undernäring framförallt med sjukdom eller funktionsnedsättning. Ett normalt energiintag för en äldre person bör vara ca 1800-2000 kcal. Däremot behöver energiintaget öka med 100 % vid sjukdom eller trauma. En studie (18) från Holland visar att personer som faller signifikant oftare är undernärda. Hos en frisk äldre person ska proteiner utgöra 10-20% men om energinivån är låg måste andelen uppgå till åtminstone 15 %. Dock måste det totala energibehovet vara mätt så att kroppen inte börjar bryta ner proteinerna istället. Fettintaget ska vara 25-35 % men vid sjukdom och nedsatt aptit eller vid ofrivillig viktnedgång måste den andelen vara högre.(2)

Samtidigt som äldre personer med långvarig sjukdom ökar kommer nya läkemedel och behandlingsmetoder. Det har lett till att äldres användning av läkemedel nästan fördubblats de senaste 20 åren. Speciellt för de sköra äldre innebär det ökad risk för problem såsom biverkningar och interaktioner mellan läkemedel pga. att många läkemedel men även att de är mer känsliga då kroppens funktioner sviktar. Läkemedel påverkar aptiten, ökar behovet av näringsintag, minskar aptiten, ger illamående, stör magtarmkanalen och påverkar, munstatus och lukt och smaksinnet. (1, 3)

2.3 Senior Alert

Senior Alert(9) är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att utveckla nya förebyggande arbetsmetoder för god vård av äldre oavsett vem som vårdar. I Jönköpings Län 2005 startades ett lokalt kvalitetsregister som en följd av satsningar på vårdprevention, vilket ledde till att Senior Alert skapades 2008 och har sedan dess implementerats på fler och fler ställen i Sverige. Registret ingår i Sveriges Kommuner och Landstings (19) satsning på "Bättre liv för sjuka och äldre"(19). Med Senior Alert arbetar man förebyggande inom områdena fall, nutrition, trycksår och munvård med hjälp av evidensbaserade riskbedömningar och åtgärder. Det finns flera olika bedömningsverktyg och varje verksamhet väljer själva vilka de vill använda sig av. (20) I Senior Alert bedöms risk för undernäring med SF-MNA. Utifrån hur många poäng individen får bedöms personen vara undernärmd eller ha risk för undernäring. Poäng mellan 0-7 betyder att personen är undernärmd och poäng mellan 8-11 betyder risk för undernäring.

Utifrån grundtankarna systematik, struktur och synliggörande av resultat är målet med Senior Alert att förebygga skador och främja hälsa. I dagsläget är 284 kommuner, 21 landsting och 122 privata aktörer anslutna till Senior Alert. I Göteborgsregionen är 12 kommuner anslutna till registret. Alla personer som är 65 år eller äldre registreras i Senior Alert. (9)

Få studier finns gjorda om Senior Alert, men en studie (21) från 2012 undersöker sjuksköterskors upplevelser av införandet av Senior Alert på vårdavdelning. Sjuksköterskorna i studien beskriver införandet av Senior Alert som en ögonöppnare för vikten av att arbeta med evidensbaserad vård och hur viktig uppföljning är. De ansåg också att stöd från ledning var mycket viktigt vid införandet Senior Alert då det i många fall innebar nya rutiner och arbetssätt

2.4 Teoretisk referensram

2.4.1 Folkhälsovetenskapligt perspektiv

Vi har valt att skriva arbetet utifrån ett folkhälsovetenskapligt perspektiv då en stor del av distriktssköterskans arbete är folkhälsoarbete. Populationens levnadsförhållanden och vanor reflekterar folkhälsan i större utsträckning än riktade medicinska insatser. Det är viktigt att politiska beslut tas för att skapa hälsa och välbefinnande. Dessa beslut och samhällsnormer ska förbättra folkhälsan. Hälso- och sjukvårdslagen ska se till att hälso- och sjukvården ger god hälsa och vård på lika villkor till hela Sveriges befolkning. All vård ska utföras med respekt för människors lika värde och den enskildes värdighet. Den med störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. (22)

Det finns stora skillnader i hälsa och välbefinnande mellan olika grupper i Sveriges befolkning. För några grupper del kan samhällets uppbyggnad och attityder resultera i ohälsa och utsatthet. Kön, klasstillhörighet, etnicitet samt ålder är faktorer som påverkar såväl makt och ohälsa. För personer inom utsatta sociala grupper finns det riskfaktorer i form av nedärvda kulturella mönster som t.ex. brist på självbestämmande, inflytande och makt kan innebära ökad risk för ohälsa (23). Det är därför särskilt viktigt att systematiskt folkhälsoarbete utgår från socialt utsatta grupper och tar hänsyn till de olika faktorer som kan påverka hälsan för att minska skillnader i hälsa mellan dessa grupper och befolkningen i stort.(22)

Medellivslängden är hög i Sverige jämfört med många andra delar av världen och det skiljer ca 3 år mellan män och kvinnor i medellivslängd. Männen har en kortare livslängd och gifta kvinnor är ofta yngre än sina män vilket innebär att ensamstående kvinnor är fler än ensamstående män. Det finns 3 gånger fler äldre kvinnor än män.(1)

Folkhälsomålen i Sverige riktar in sig på faktorer som påverkar hälsotillståndet och utgår inte från att minska förekomsten av sjukdomar. Dessa mål lyfter fram vikten av det hälsofrämjande och

förebyggande arbetet. Sambandet mellan de faktorer som påverkar hälsan pekar på att det är viktigt att folkhälsoarbetet både minskar förekomsten av diverse riskfaktorer för ohälsa och att det finns en hälsofrämjande inriktning där arbetet syftar till att öka tillgången på skydds/friskfaktorer(22).

2.4.2 Distriktssköterskans folkhälsoarbete

I distriktssköterskans kompetensbeskrivning finns fyra områden beskrivna:

omvårdnad/vårdvetenskap, folkhälsovetenskap, medicinsk vetenskap och pedagogik/ ledarskap.

Kompetens inom omvårdnad för distriktssköterskan innebär att kunna reflektera och sätta in åtgärder för att stödja patienten i dennes vardag med respekt för individens självbestämmande.(24)

Distriktssköterskor har ett preventivt ansvar vilket betyder att de bör arbeta för att motverka att samhällsmönster bibehålls som inte gynnar en jämlik vård till alla. Distriktssköterskeförening har tagit fram en handbok för systematiskt kvalitetsutvecklingsarbete, PUNK-handboken.(25) I den finns riktlinjer för nutrition och hur distriktssköterskan kan arbeta med undernäring.

Distriktssköterskan har en viktig uppgift i att identifiera patienter som har risk för undernäring.

Målet med distriktssköterskans nutritionsarbete är att förebygga problem hos patienter med risk för undernäring. Enligt PUNK-handboken ska det finnas rutiner inom vården för att bedöma patienters näringstillstånd.(25) Många av de åtgärder som har god effekt vid undernäring är

omvårdnadsåtgärder som t. ex konsistensanpassning, energi- och proteinrikkost och mellanmål. (26)

Då behandling av undernäring är mindre effektivt än prevention är det ett omvårdnadsarbete som passar distriktssköterskan då hennes arbete till stor del är hälsofrämjande.

Att drabbas av t ex fall eller trycksår som en följd av undernäring innebär långvarigt lidande.

Ur ett omvårdnadsperspektiv innebär det att distriktssköterskans arbete med undernäring att lindra och förebygga lidande för den enskilde individen. Ur ett folkhälsoperspektiv innebär arbetet en förbättring av folkhälsan.

2.4.3 Genusperspektiv

Inom genusforskningen brukar man skilja mellan genus och kön. Genus betyder socialt konstruerat kön och kön hänvisar till det biologiska könet. (27) Inom vetenskapen växte forskning om de olika könen fram under 50- och 60-talen. Innan dess var det tvåkroppsmodellen som formades under 1800-talet som rådde. Denna modell innebar att den kvinnliga och manliga kroppen ansågs vara olika i alla avseenden. Den manliga kroppen var stark, hade kraft och betraktades som normalstatus medan den kvinnliga kroppen var avvikande och sågs som svag, opålitlig och labil. Ohälsa kopplades till den kvinnliga kroppen och tecken på svaghet och sårbarhet blev mindre accepterade för män. Kvinnlig ohälsa har historiskt kopplats till könsorganet. Tre tolkningsmodeller av den

kvinnliga naturen har dominerat, den anatomisk-fysiologiska modellen, den gynekologiska modellen och den neurologiska modellen. Gemensamt för dessa tre modeller var att det kvinnliga könsorganet ansågs påverka kvinnans hälsa på alla plan. Detta kulturellt nedärvda förhållande till ohälsa och manligt och kvinnligt lever i viss mån kvar än idag. (28)

Genom att forska och använda kvinnors frågeställningar, forskningsämnen samt tolkningar har nya kunskaper och okända samband tydliggjorts. Forskningen har även visat på ojämlika förhållanden både i arbetslivet och privat som i stort påverkar hur de olika könens liv utformas. Den könsteroretiska forskningen som nu bedrivs gör så utifrån synsättet att relationer mellan män och kvinnor ej är konstant utan förändras och konstrueras i det sociala samspelet. Inom den könsteroretiska forskningen finns det två modeller som förklarar skillnaden mellan mäns och kvinnors ohälsa och sjuklighet. Den biologiska modellen tar hänsyn till skillnader mellan könens fysiologiska uppbyggnad, t.ex., hormoner, gener, kroppscomposition mm och drar ur det slutsatser om könens riskbenägenhet att utveckla ohälsa. Den sociokulturella modellen tar istället fasta på skillnader i t.ex. beteenden, livsvillkor och livsstil och ser dessa faktorer som risker för ohälsa. Modellerna är dock nära sammanbundna då sociokulturella förhållanden som t.ex. benägenhet att hantera arbetslivet även påverkar biologiska markörer som stresshormoner, blodtryck och immunförsvar.(23)

Inom den medicinska forskningen är det traditionellt sett mannen och den manliga kroppen som är norm.(29) Den övervägande delen av forskningen är gjord på män. Vad som är jämställd vård är en komplex fråga. Till att börja med är det viktigt att skilja mellan begreppen jämlikhet och jämställdhet. Jämlikhet är ett vidare begrepp som förutom kön också inkluderar lika villkor mellan social klass, etnicitet och sexuell läggning. Begreppet jämställdhet handlar enbart om relationen mellan män och kvinnor. Förenklat kan jämställdhet beskrivas som jämlikhet mellan män och kvinnor. Inom vården och vid behandling av olika sjukdomar behöver inte alltid samma behandling betyda jämställdhet då män och kvinnor skiljer sig åt på många plan. Samtidigt finns det många likheter mellan män och kvinnor så olika vård och behandling är inte heller alltid jämställd. Så för att uppnå en jämställd vård krävs att män och kvinnor får både samma och olika vård och behandling. (30)

Genusmedicin innebär vård och behandling utifrån kunskap om genus. Inom området forskas det bland annat om vårdpersonals attityder till kön och hur det påverkar vård och behandling. Forskning om biologiska skillnader mellan män och kvinnor brukar kallas könsskillnadsforskning.(30)

Genusbias uppstår när omedvetna könsfördomar hos vårdutövaren påverkar den behandling som rekommenderas. Det finns flera exempel på hur omedvetna föreställningar om kön påverkar vilken behandling patienter får. (5, 31) Till exempel är läkare mer benägna att rekommendera vikttnedgång till kvinnor redan vid ett BMI på 25, samma gräns för män var 30. Könsfördomar drabbar inte bara kvinnor utan också män. (30)

Det finns en tankemodell utvecklad av genusforskare som belyser olika förhållningssätt till genus och de risker för genusbias de kan leda till. Modellen är utvecklad utifrån enkäter med läkare där de tillfrågats om sin syn på könets roll i professionella relationer. De 4 förhållningssätten är Medvetenhet, Omedvetenhet, Bagatellisering och Politisk korrekthet. Minst risk att drabbas av genusbias har den patient som möter en läkare med förhållningssättet Medvetenhet. Medicinsk genusbias är förkommer framförallt på gruppnivå. På individnivå blir det mer komplicerat, då skillnaderna mellan individerna inom en grupp alltid är större än skillnaderna mellan grupperna.(30)

Socialstyrelsen definierar patientsäkerhetsarbete som ”arbete som syftar till att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser”(30) s. 52.

Denna definition innebär att en del av genusforskningen är ett patientsäkerhetsarbete då genusbias kan sägas innebära felbehandling pga. av kön. Förutom när det gäller läkemedel talas det sällan om kön överhuvudtaget när patientsäkerhet tas upp.

3. Tidigare forskning

3.1 Genus kopplat till nutrition hos äldre

En studie (32) gjord på ensamlevande äldre män i Nya Zeeland visade att 50 % av dem befann sig i riskzonen för undernäring. Resultatet pekar på att det är en riskfaktor för undernäring för äldre män att bo ensamma. När de blir ensamma tappar de motivation att äta och lagar mindre mängd mat än när de var samboende. Enligt studien är äldre singelmän mer sårbara än kvinnor för undernäring eftersom de har sämre kunskap om kost, vilket leder till sämre kvalitet på maten och dåliga matvanor. Äldre kvinnor har ofta kunskap om hur mat ska tillagas. Många av männen i studien hade inte tidigare i livet haft ansvar för inköp och matlagning. Detta ledde till att männens näringsintag minskade mer än kvinnornas med åldern. Det har visat sig att individer äter mer i sällskap med andra. (18) Ytterligare faktorer som påverkade de ensamma männens näringsstatus var ett lågt intag av kött eller annan alternativ proteinkälla. De tyckte inte om att laga mat och de uppskattade också sin vikt som alltför hög eller låg. Andra faktorer som påverkade var en oförmåga att handla själv

och dålig ekonomi (32). En annan studie(33) bekräftar att det finns skillnader mellan män och kvinnor vad gäller kunskap om näringsrekommendationer och kunskap om hur kost och sjukdom hänger ihop. Män har inte kunskap om dessa ämnen i samma utsträckning som kvinnor.

En svensk studie (34) gjord på äldre som bor hemma visar att risken för undernäring var 14,5% om de hade behov av hjälp vid dagliga aktiviteter och att fler kvinnor än män var undernärda. Studien visar att undernäring påverkar den hälsorelaterade livskvaliteten. Personer med risk för undernäring skattar sin hälsa som sämre och har sämre förmåga att sköta sin ADL. Riskfaktorerna för undernäring i denna studie var samexisterande sjukdomar, många mediciner, lågt fysiskt funktionsstatus och symtom på depression. Kvinnorna med risk för undernäring hade flera symtom på depression och uttryckte att de hade sämre hälsorelaterad livskvalitet samt var missnöjda med sitt sociala liv. Sambandet mellan depression och undernäring var dock starkare för män än kvinnor.

En studie (35) som undersökte hur kognitiv funktion påverkade näringsstatus visade att individer som lever i den egna bostaden och samtidigt har nedsatt kognitiva funktioner har en ökad risk för undernäring. Resultatet visar att svår eller medelsvår kognitiv nedsättning i högre grad är direkt associerat med undernäring än både levnadsvillkor och funktionsnedsättning. I denna forskning associerades ökad risk för att drabbas av undernäring med att vara kvinna, hög ålder, svår eller medelsvår funktionsnedsättning samt boende i egna hemmet tillsammans med någon. En studie (36) från Colombia har studerat faktorer associerade med undernäring hos äldre kvinnor i låginkomst samhälle. Resultatet visade att 1/3 av kvinnorna var undernärda och att de faktorer som kunde kopplas till undernäring var delvis desamma som i flera av de svenska studierna. (34, 35)

3.2 Nutrition och socioekonomisk status

Forskning har visat att ett gott näringsstatus och en bra socioekonomisk status ofta går hand i hand. Äldres kosthållning påverkas av en låg inkomst och få års utbildning. En studie (37) gjord i Italien undersökte faktorer som förekommer vid undernäring i en äldre population. Forskarna kom fram till att låg utbildningsnivå samt dålig fysisk aktivitetsförmåga kan kopplas ihop med förekomst av undernäring. Resultatet stöds av tidigare forskning där välutbildade har en nyttigare diet än lågutbildade och att fysisk förmåga styr kvaliteten på maten.

Äldre som har låg inkomst och är lågutbildade intar en diet som innehåller mer energi än de som har en god socioekonomisk status. Studien (38) uppmärksammade att låg inkomst endast påverkar

nutritionsstatus först när inkomsten ligger under fattigdomsgränsen. En väldigt låg inkomst kan kopplas till lågt BMI. Näringsintaget för de äldre kvinnorna i studien påverkades främst av svårigheter att få inkomsten att räcka till alla utgifter. Det innebar en trefaldig ökning för risk för undernäring i den grupp som helt enkelt inte hade pengar kvar att köpa mat för. Däremot var dessa faktorer inte starkt kopplade till lågt BMI. Dessa fynd stärks av en studie (39) som visar att personer med låg inkomst också lägger en låg budget för mat. Den mat de inhandlar är energirik, innehåller mycket fett och socker men inte mycket proteiner eller vitaminer. Studien visar att dessa individer ökar i vikt men är undernärda.

3.3 Genusperspektiv inom medicin och omvårdnad

Den medicinska kunskapen anses ofta vara könsneutral och kunskap om normalvärden, symtom och bemötande är oftast baserat på forskning utifrån den manliga kroppen, dvs. en ung vit man som väger 70 kg. Denna kunskap har förutsättningslöst överförs till att gälla andra män, kvinnor, barn och äldre. Det finns en del forskning gjord på senare år som visar att kvinnor och män får olika vård vid samma symtom. (29)

En svensk studie från 2002(5) har titta på om läkarstudenter väljer åtgärder, behandling och ställer diagnos utifrån vilket kön patienten har. Resultatet visade att vilken vård patienten fick inte enbart skiljde sig åt om patienten var man eller kvinna, utan könet på läkare spelade också in. Resultatet visar att mäns symtom sågs mer som faktiska fysiska problem från organen och de fick fler specifika diagnoser och fler utredningar i form av laboratorietester. Kvinnornas problem utreddes från en mer psykosocial utgångspunkt och de fick mer ospecifika diagnoser, remitterades oftare vidare och fick fler mediciner utskrivna. I en studie (40) från Norge, där läkare, sjuksköterskor och undersköterskor intervjuats, beskrivs kvinnliga patienter som mer krävande än manliga patienter. Den grupp som ansågs mest krävande var äldre kvinnliga patienter.

Studien ”Tvättsäcksprojektet” (41) från en hudklinik i Sverige visade att män i större utsträckning än kvinnor fick smörj- och ljusbehandling på mottagning vid diagnoserna eksem och psoriasis. Kvinnor avslutade sina ljusbehandlingar tidigare än männen och ordinerades egenbehandling i hemmet oftare än männen. Skillnaden kan inte förklaras med att diagnoserna skulle vara vanligare hos män än hos kvinnor. Förekomsten av eksem och psoriasis är lika stor i båda grupperna, förutom handeksem som faktiskt är vanligare hos kvinnor än män. Trots detta fick männen fler ljusbehandlingar. Studien ville synliggöra hur den offentligt finansierade vården främjar kvinnor respektive män. Analysen visade att kvinnornas egenbehandling i hemmet subventionerade

männens behandling på klinik. Skulle kvinnorna behandlas på klinik i samma utsträckning som män skulle kostnaderna för deras behandling öka med över 60 %. Om männen istället behandlades på samma sätt som kvinnorna skulle man spara ca 20 % av hudklinikens behandlingsbudget. Författarna till studien påpekar också att med rådande regler gällande högkostnadsskydd för behandling resp. läkemedel gör att egenbehandling i hemmet blir nästan dubbelt så dyrt för den enskilde patienten jämfört med behandling på klinik.

3.4 Problemformulering

Undernäring är vanligt förekommande hos personer över 80 år. Det finns forskning som visar på vikten av att identifiera och förebygga undernäring tidigt. Män och kvinnor har olika kroppssammansättning och olika sociala roller vilket innebär olika förutsättningar vid risk undernäring. Att män och kvinnor inte får samma behandling vid ett flertal medicinska diagnoser är känt. Detta kan bero på vilken attityd till kön den behandlande läkaren har. Historiskt har den medicinska vetenskapen sett på den manliga och kvinnliga kroppen som olika. Vi vill titta på hur detta påverkar omvårdnaden vid risk för undernäring? Distriktssköterskan arbetar för att förbättra folkhälsan och är ofta en tidig kontakt i vårdkedjan. Detta innebär att förutsättningen för distriktssköterskan att arbeta preventivt med undernäring är god. För bästa resultat bör distriktssköterskan vara medveten om hur genus kan påverka omvårdnad och behandling.

4. Syfte

Syftet med studien är att studera risk för undernäring hos äldre personer i Västra Götaland med fokus på könsskillnader vad gäller förekomst och omvårdnadsåtgärder.

4.1 Frågeställningar

Vilka omvårdnadsåtgärder är vanligast vid risk för undernäring och vad leder dessa åtgärder till?

Hur många av männen resp. kvinnorna löper risk för undernäring?

Får män fler åtgärder än kvinnor?

Skiljer sig nutritionsstatus åt mellan olika boendeformer?

Finns det samband mellan risk för undernäring och fall, trycksår och ohälsa i munnen?

4.2 Etiska överväganden

Forskningen i denna studie syftar till att bidra till kunskap och förståelse om åtgärder vid undernäring och hur dessa ser ut i ett genusperspektiv. Då vi använder oss av ett befintligt kvalitetsregister innebär denna studie att forskningsindividerna inte utsätts för någon risk för skada.

Enligt datainspektionen ska information lämnas till deltagaren innan personliga uppgifter behandlas i nationella kvalitetsregister. Senior Alert (9) skriver att vårdtagarna har rätt att få veta och få tillgång till de uppgifter som finns registrerade, i vilken utsträckning samt av vilka personer de kan tänkas användas. Materialet hanteras enligt personuppgiftslagen. Medverkan är frivillig och kommer inte påverka vilken omsorg eller vård som deltagarna får. När som helst kan de besluta att uppgifterna ska avregistreras.

Materialet som erhålls från Senior Alert är aidentifierat. På Senior Alerts hemsida finns information till vårdtagarna om att de garanteras anonymitet och att personuppgifterna inte kan spåras. Författarna till denna uppsats har alltså inte tillgång till personuppgifter eller annan information som regleras enligt personuppgiftslagen. Registerdata bygger på medverkan av informanterna vid samtal och omvårdnadsbedömningar. Informanterna skulle kunna uppleva detta som en inverkan i den personliga sfären. De kan dock neka till att delta. En studie på magisternivå kräver inte godkännande från etikprövningsnämnden. Vår studie behöver heller inte prövas av en etiknämnd då den inte behandlar personuppgifter, inte innebär psykisk eller fysisk press eller innebär någon risk för skada för de enskilda individerna som ingår i studien. (42) Nyttjandekravet innebär att data som samlas in i forskningssyfte om enskilda individer endast får användas till forskning. (43) Registerdata som erhållits kommer bara användas till denna studie och sedan raderas.

5. Metod

För att svara på vårt syfte och våra frågeställningar har vi valt en kvantitativ metod då vi fått tillgång till data från Senior Alert där det finns en stor mängd data om undernäring hos äldre i Sverige. Kvantitativ metod används med fördel när en företeelse ska mätas och/eller beskrivas. Vår forskningshypotes är att omvårdnadsbehandlingen vid undernäring skiljer sig åt mellan män och kvinnor. Vi tror att män får fler åtgärder insatta än kvinnor. Denna hypotes är formulerad utifrån kunskapen om att behandling vid flera andra medicinska diagnoser skiljer sig åt mellan män och kvinnor. Noll-hypotesen som testas i denna studie är att män och kvinnor får samma vård vid risk för undernäring. Genom att testa noll-hypotesen statistiskt kan den förkastas eller behållas. Om noll-hypotesen förkastas får vi stöd för vår hypotes att omvårdnadsbehandling vid undernäring skiljer sig åt mellan män och kvinnor.(44)

Med registerdata hämtat från det nationella registret Senior Alert har vi valt att göra en jämförande registerstudie. Det är en tvärsnittsstudie vilket innebär att data hämtas in från en tidsperiod och vid ett tillfälle (44). Registeruppgifterna har registrerats av sjuksköterskor i de verksamheter som använder Senior Alert. Efter kontakt med nationella koordinatören för Senior Alert har vi fått tillgång till de data vi varit intresserade av.

5.1 Urval

Alla personer (n=6057) över 80 år i Västra Götaland som registrerats i Senior Alert mellan januari och september 2012 är inkluderade i studien. Denna brytpunkt används då registret uppdaterades under oktober månad. Urvalet är konsekutivt, vilket betyder att alla tillgängliga personer från en population inkluderas i detta fall alla individer över 80 år i Västra Götaland som registrerats i Senior Alert. Ett konsekutivt urval minskar risken för bias då alla som uppfyller inklusionskriterierna tas med i studien och författarna inte i övrigt påverkar vilka som inkluderas i studien (44)

De variabler som efterfrågades var ålder, kön, BMI, boendeform, vikt, resultat av riskbedömningar för fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen samt alla åtgärder insatta vid risk för undernäring. I Senior Alert finns det ett flertal olika evidensbaserade åtgärder att sätta in vid risk för undernäring. Vi har valt att fokusera på de 10 vanligaste åtgärderna. Vid kontroll av datamaterialet som belyste vilka åtgärder som var vanligast vid risk för undernäring noterade vi att 3 av dessa fanns registrerade på 2 olika ställen. Dessa är Mellanmål, Berikning av maten och Minska nattfastan till max 11 timmar, dessa variabler finns också som Mellanmål A (n = 39), Berikning av maten A (n = 16) och Minska nattfastan till max 11 timmar A (n = 26). Efter kontakt med koordinatören på Senior Alert fick vi veta att de enstaka åtgärder som finns registrerade under de 3 variablerna med A på slutet är efterregistreringar, dvs. bedömningen gjordes innan 1 okt 2012, men registrerades först efter 1 okt. Efter flertal försök att slå ihop variablerna utan att lyckas valde vi att inte ta med dessa enstaka registreringar i våra statistiska beräkningar av frekvens och χ^2 (chitvå). Utöver det så har vissa åtgärder fått nya beskrivande namn efter uppdateringen.

5.2 Dataanalys

Data erhöles i en Microsoft Excel-fil från nationella koordinatören på Senior Alert. Vi fick materialet i olika skalnivåer. De flesta variabler är nominalskalor där materialet är kategoriserat och inte kan rangordnas, exempel på detta är variabeln kön. Variabler som ålder, vikt och BMI är kvotskalor vilket innebär att det finns en absolut nollpunkt samt att data går att rangordna. För att kunna göra statistiska beräkningar var vi tvungna att koda om data i Excelfilen. Stor del av datamaterialet var ej

numeriskt kodat. För att möjliggöra beräkningar i IBM SPSS Statistics kodades datamaterialet om i Excel-filen. T ex variabeln kön var registrerad som man och kvinna, denna kodades då om till man = 1 och kvinna = 2. Denna omkodning utfördes på alla variabler som ej var kodade numerisk innan överföring till statistikprogrammet IBM SPSS Statistics 21. Alla statistiska analyser, alla tabeller och diagram är gjorda i IBM SPSS Statistics 21.

För att jämföra olika variabler ur ett genusperspektiv t ex kön och risk för undernäring gjordes korstabeller. I korstabellerna kunde vi undersöka om det finns något samband mellan olika variabler som vi fått tillgång till. För att undersöka sannolikheten att skillnader har uppkommit av slump eller ej utförs ett chitvåtest, χ^2 . Signifikansnivån sattes till $p < 0.05$. χ^2 används när man vill jämföra två eller flera variabler och vid hypotesprövning. (45)

När vi undersökte linjära samband mellan olika variabler användes Pearsons korrelationskoefficient. Korrelationsvärdet, r , varierar mellan -1 (starkt negativt samband) och +1 (starkt positivt samband) där värdet 0 innebär att de ej finns ett samband. Korrelationen anger dock inte att det finns samband vad det gäller orsak. (45)

Variabeln risk för undernäring omfattar alla individer med SF-MNA poäng mellan 0-11. Det görs ingen skillnad på undernäring och risk för undernäring i de data vi fick. Vi har valt att analysera denna grupp som en helhet. Detta innebär att populationen med risk för undernäring också består av personer som bedömts vara undernärda. Vi var dock intresserade av att undersöka hur många av de med risk för undernäring som var undernärda. Detta gjorde vi genom att skapa en ny variabel i IBM SPSS Statistics 21 där vi delade upp registreringarna efter SF-MNA poäng. Individer med SF-MNA mellan 0-7 blev en grupp och individer med SF-MNA mellan 8-11 blev en annan grupp

6. Resultat

6.1 Beskrivning av totalpopulationen

Studien består av totalt 6057 registreringar i Senior Alert. Populationen består av fler kvinnor än män (tabell 1). Risk för undernäring bedöms med SF-MNA, Short form Mini Nutritional Assessment. Individer som får en poäng mellan 0-7 bedöms vara undernärda och individer som får 8-11 poäng bedöms ha risk för undernäring. Vi har valt inte skilja dessa grupper åt då det i Senior

Alerts data inte görs någon skillnad mellan dessa två grupper, utan alla med en SF-MNA poäng mellan 0-12 bedöms ha risk för undernäring. Detta betyder att i gruppen med risk för undernäring ingår både personer med risk för undernäring och personer med en konstaterad undernäring. Mer än hälften, 61 %, av den totala studiefolkpopulationen (n=6057) bedöms lida risk för undernäring. χ^2 -test på variablerna kön och risk för undernäring visar att det finns en statistisk signifikans för att kvinnor är undernärda i större utsträckning än män, $p = 0,000447$. (Tabell 3)

Tabell 1 Könsfördelning i totalpopulationen (n = 6057)

Kön	Antal	%
Man	1940	32
Kvinna	4117	68
Total	6057	100

Tabell 2 Könsfördelning i populationen med risk för undernäring (n=3691)

Risk för undernäring	Antal	%
Man	1120	30
Kvinna	2571	70

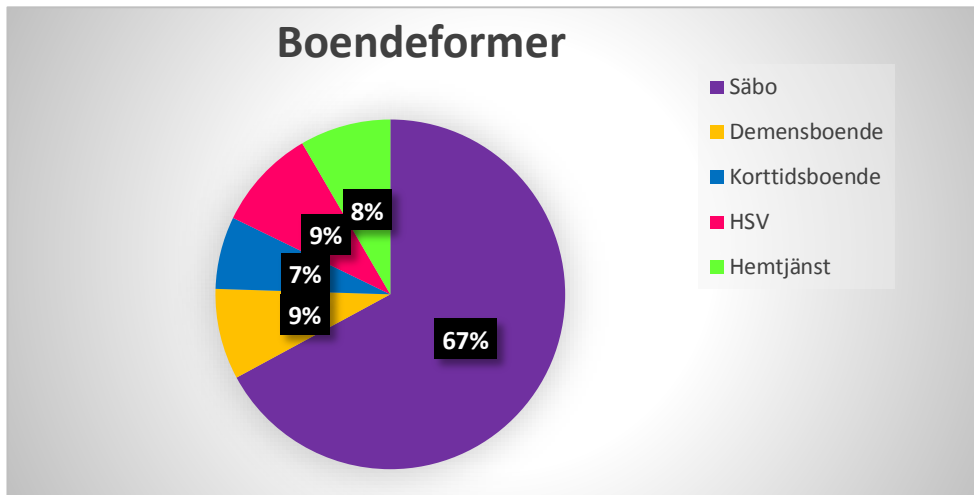
Tabell 3 Procent av män resp. kvinnor med risk för undernäring samt χ^2 -test samband mellan kön och risk för undernäring

Risk för undernäring	Ja	Nej
% av män (n=1940)	58	42
% av kvinnor (n=4117)	62	38

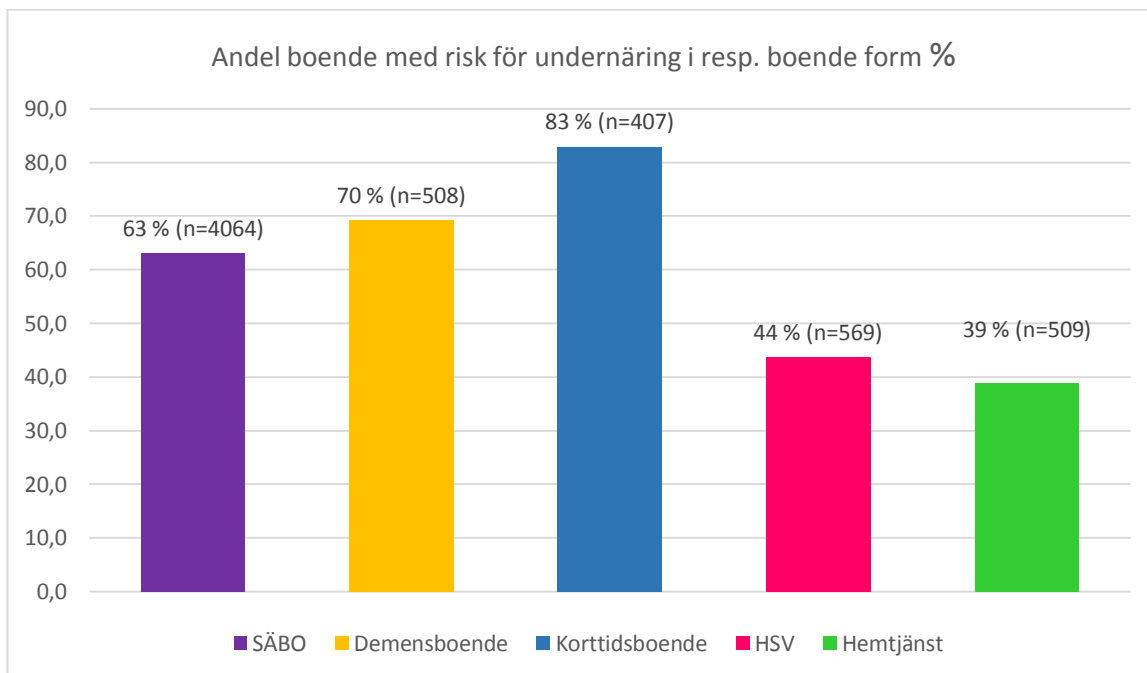
6.2 Undernäring i olika boendeformer

I Senior Alert registreras boendeform. Den vanligaste boendeformen är särskilt boende (SÄBO). Övriga boendeformer är demensboende, korttidsboende, i egna hemmet med hemsjukvård (HSV) och/eller hemtjänst (Figur 1). Om man undersöker hur många av de boende på varje enhetstyp som har risk för undernäring ser man att av de som bor på korttidsboende har 83 % risk för undernäring, men endast 43 % av de som bor i egna hemmet med hemtjänst har risk för undernäring (Figur 2). Detta skulle kunna förklaras av att det är på korttidsboende de mest sjuka hamnar, antingen i väntan på permanent plats på SÄBO eller vid utskrivning från sjukhus. Av de som bedöms ha en risk för undernäring bor majoriteten på SÄBO (Figur 3).

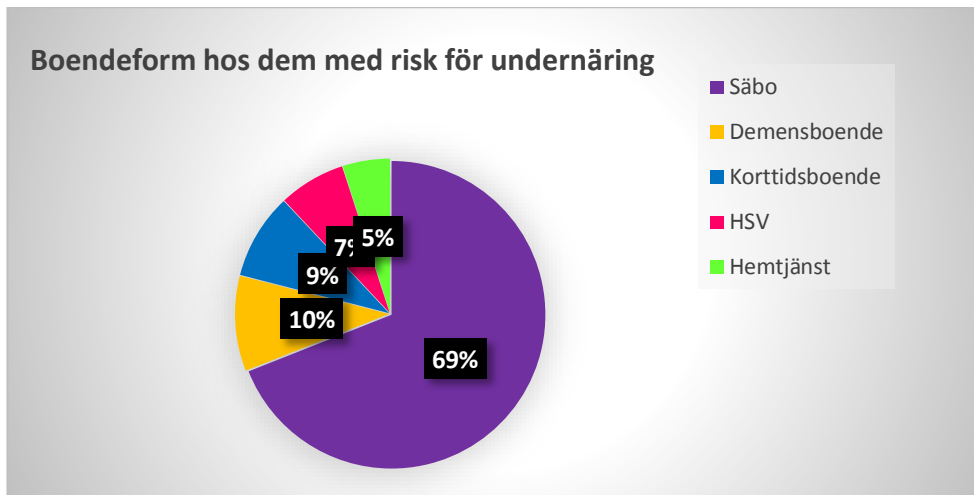
Figur 1 Boendeformer hos totalpopulationen (n=6057)



Figur 2 Andel boende med risk för undernäring i resp. boendeform (n=6057)



Figur 3 Boendeform hos dem med risk för undernäring (n=3691)



6.2.1 Undernäring, kön och boendeform

När vi studerar könsfördelningen hos populationen med risk för undernäring (n=3691) i de olika boendeformerna ser den likadan ut i alla boendeformer, ca 70 % kvinnor och ca 30 % män, förutom på korttidsboende där männen utgör 41 % av populationen.

Vi har redan resultat som visar att kvinnor har risk för undernäring i högre grad än män. Vi har även valt att titta på hur många män respektive kvinnor som har risk för undernäring på varje enskild boendeform. χ^2 -test utfördes på variablerna kön och risk för undernäring för varje enskild boendeform. Resultatet visar att det finns statistisk signifikans för att kvinnor har större risk för undernäring på SÄBO och i hemmet med hemtjänst. Det finns ingen statistisk signifikans för att fler kvinnor än män har risk för undernäring i övriga boendeformer. (Tabell 4)

Tabell 4 Andel män resp. kvinnor med risk för undernäring i de olika boendeformerna samt X^2 -test på kön och risk för undernäring (n=6057)

Boendeform	% män med risk för undernäring	% kvinnor med risk för undernäring	X^2 (p < 0.05)
SÄBO (n=4064)	59	65	p = 0,001
Demensboende (n=508)	67	70	p = 0,450
Korttidsboende (n=407)	82	83	p = 0,733
HSV (n=569)	45	43	p = 0,695
Hemtjänst (n=509)	32	43	p = 0,018

6.3 Omvårdnadsåtgärder vid undernäring

Vid bedömd risk för undernäring får endast 49 % någon form av åtgärd insatt. De flesta som får åtgärder insatta får mellan 1-9 åtgärder. Hur många åtgärder en individ med risk för undernäring får varierar mellan 0-30. Det finns ingen statistisk signifikant skillnad mellan män och kvinnor vad det gäller antal insatta åtgärder. Vi har valt att titta på de 10 vanligaste åtgärderna som sätts in vid risk för undernäring. (Tabell 5)

Tabell 5 De 10 vanligaste omvårdnadsåtgärderna insatta vid risk för undernäring (n = 3691)

Åtgärd	Antal
Skapa en trevlig måltidsmiljö	1102
Mellanmål	1090
Skapa gemenskap	879
Minska nattfasta till max 11 timmar	867
Anpassa stol/bord, säng/sängbord, ljus och ljud	626
Information, rådgivning eller handledning till person och/eller närstående	624
Beräkning av maten	547
Översyn av läkemedelslista	530
Skapa en bra sittställning	454
Kosttillägg	449

För att få en bild av om män och kvinnor får lika åtgärder har vi analyserat hur många som fått en specifik åtgärd insatt inom resp. könsgupp samt i hela populationen. (Tabell 6) Siffrorna visar att männen får en åtgärd insatt vid risk för undernäring i mindre utsträckning än kvinnorna, men vid beräkning av X^2 -test på kön och de olika insatta åtgärderna finns det ingen statistisk signifikans för att män och kvinnor får olika omvårdnadsåtgärder vid risk för undernäring. (Tabell 6)

Tabell 6 Insatta åtgärder vid undernäring – könsfördelning samt χ^2 -test på insatt åtgärd och kön (n=3691)

Åtgärd	% av kvinnorna	% av männen	% av alla	χ^2 (p<0,05)
Skapa en trevlig måltidsmiljö	30,2	29,0	29,9	p = 0,462
Mellanmål	29,7	29,1	29,5	p = 0,709
Skapa gemenskap	24,5	22,3	23,8	p = 0,160
Minska nattfasta till max 11 timmar	23,6	23,3	23,5	p = 0,860
Anpassa stol/bord, säng/sängbord, ljus och ljud	17,1	16,6	17,0	p = 0,706
Information, rådgivning eller handledning till person och/eller närstående	17,7	15,2	16,9	p = 0,065
Beräkning av maten	15,4	13,6	14,8	p = 0,159
Översyn av läkemedelslista	14,5	14,1	14,4	p = 0,773
Skapa en bra sittställning	12,6	11,6	12,3	p = 0,397
Kosttillägg	12,7	11,0	12,2	p = 0,147

6.4 Risk för komplikationer vid undernäring– fall och trycksår

I Senior Alert bedöms utöver risk för undernäring även risk för fall, trycksår och ohälsa i munnen. I populationen med risk för undernäring (n = 3691) är 29 % undernärda och 70 % har risk för undernäring utifrån SF-MNA poäng. Utav de med risk för undernäring saknar 1 % SF-MNA poäng. Studerar vi hela studiepopulationen (n=6057) är 18 % undernärda vid bedömningstillfället och 58 % har en risk för undernäring utifrån SF-MNA poäng. I denna grupp saknar 24% SF-MNA poäng.

Risk för fall är den vanligaste komplikationsrisken hos personer över 80 år. Risk för undernäring den näst vanligaste. Pearsons korrelationskoefficient (r) visar på ett svagt positivt samband mellan risk för undernäring och risk för fall. Av de personer som har risk för undernäring har 82 % av dem även risk för fall, att jämföras mot totalpopulationen där 76 % har risk för fall.

Pearsons korrelationskoefficient visar på ett positivt samband mellan risk för undernäring och risk för trycksår. Av personer med risk för undernäring har 48 % också risk för trycksår. Vänder vi på det har 90 % av de med risk för trycksår även risk för undernäring. Det finns inget samband mellan risk för undernäring och ohälsa i munnen. (Tabell 8)

Tabell 8 Risk för fall, trycksår, ohälsa i munnen i totalpopulationen (n = 6057) och korrelation med undernäring.

Riskbedömning	Ja antal	%	Korrelation med undernäring (r)
Fall	4622	76	+ 0,160
Trycksår	1953	32	+ 0,413
Ohälsa i munnen	187	3	+ 0,029

6.5 Riskbedömning och uppföljning

Vikt och BMI vid riskbedömning är gjort på alla med risk för undernäring. Det saknas däremot vikt och BMI vid uppföljning på mer än hälften av populationen. Trots insatta omvårdnadsåtgärder har individerna inte gått upp i vikt från riskbedömningstillfället till uppföljningstillfället. (Tabell 9) Uppföljning är gjort på 43 % av de som bedömts ha risk för undernäring. Antalet dagar mellan riskbedömning och uppföljning varierar mellan 0 och 549 dagar. Medeltiden är 152 dagar mellan riskbedömning och uppföljning.

Vid beräkning av medelvärden för vikt och BMI inkluderades alla med BMI över 10 och vikt över 10 kg. Den vanligaste orsaken till avslut är att patienten är avliden. Detta skulle kunna förklara varför det saknas uppföljning på så många riskbedömningar.

Tabell 9 Medelvärden, vikt och BMI för personer med risk för undernäring

	Riskbedömning (n = 3690)	Uppföljning (n = 1549)
Vikt		
Totalt	63 kg	62,5 kg
Män	71 kg	70,5 kg
Kvinnor	59,5 kg	59 kg
BMI		
Totalt	23,5	23,5
Män	23,5	23,5
Kvinnor	23,5	23

7. Diskussion

7.1 Metoddiskussion

För att svara på syftet på denna studie valde vi att använda en kvantitativ metod. Studien är en registerstudie. Registerstudier kan ge en bild av hur verkligheten ser ut. Studien är en jämförande tvärsnittsstudie vilket innebär att vi kan se hur olika variabler samexisterar vid ett specifikt tillfälle (44, 45). Resultatet beskriver inte orsak – verkan. Det innebär att vårt resultat enbart visar hur omvårdnad vid risk för undernäring ser ut ur ett genusperspektiv. Vi kan inte dra några slutsatser angående vad som orsakar hur det ser ut då det finns många orsaker, s.k. ”confounding factors” som kan påverka resultatet och som inte registreras i Senior Alert.

Vi fick tillgång till registerdata från Senior alert och utförde statistiska analyser på ett stort material. Resultat är generaliserbart för populationen i Västra Götaland och eftersom materialet är stort skulle resultatet även kunna vara överförbart på andra storstadsregioner i Sverige. Dataregister Senior Alert har valt att använda sig av validerade mätinstrument som t.ex. MNA-SF, Downtown Fall Index och Modifierad Nortonskala. Dessa instrument har använts i många tidigare studier och anses vara både reliabla och valida.

Vid en registerstudie krävs inget samtycke från studiedeltagarna, detta innebär att det inte finns något bortfall. Däremot har vi fått utesluta vissa variabler ur studien på grund av olika orsaker. Vid beräkningen av medelvärden för vikt och BMI valde vi att utesluta vikt och BMI <10. Detta ledde till att en registrering uteslöts i dessa beräkningar. Detta var en registrering med BMI 1 och vikt 1 kg, vilket vi anser är en uppenbar felregistrering som skulle kunnat påverka resultatet om den inkluderades. Medelvärdena för vikt och BMI skulle då kunnat bli skeva.

När vi ansökte om att få registerdata från Senior Alert blev vi rekommenderade att använda oss av tidsperioden januari-september 2012 då registret uppdaterades under oktober månad. När vi studerade vilka åtgärder som var vanligast vid risk undernäring noterade vi att 3 av dessa fanns registrerade på 2 olika ställen. Variablerna Mellanmål, Beräkning av kosten och Minska nattfastan till max 11 timmar fanns också med suffixet A på slutet. Efter kontakt med koordinatören på Senior Alert får vi veta att de enstaka åtgärder som finns registrerade under de 3 variabler med A på slutet är efterregistreringar, dvs. bedömningen är gjord innan 1 okt 2012, men registrerades först efter 1 okt. Efter flertal försök att slå ihop variablerna utan lyckas valde vi att utesluta dessa enstaka

registreringar. Det är tillåtet med ett bortfall < 10 %, vilket detta blir. Detta en svaghet i resultatet. Ett flertal av åtgärderna vid undernäring fanns 2 som variabler med liknande namn pga. efterregistrering. Det ser ut som om vissa åtgärder fått nya namn efter uppdateringen. Vi närmare granskning har vi sett att detta ej påverkat vilka som tillhör dom 10 vanligaste åtgärderna. Hade vi i förväg varit medvetna om detta och de problem som uppstått under arbetets gång i förväg hade vi nog om möjligt valt att titta på en annan tidsperiod. Dock ville ju såklart ha så aktuell data som möjligt.

Alla data har vi under arbetets gång fått koda om för att utföra våra statistiska analyser i SPSS. Det hade underlättat om datamaterialet redan från början varit kodat för att passa SPSS. Vi har fått hjälp med att koda om materialet i Microsoft Excel av en lärare på institutionen för Vårdvetenskap och hälsa på Sahlgrenska akademien samt en statistiker i vänskapskretsen. Att datamaterialet manipulerats och kodats om ökar risken för att fel uppstått och/eller att data ändrats av misstag. Vi har jämfört det gamla och nya datamaterialet och kan inte upptäcka att det ska vara så i detta fall.

För att underlätta framtida studier på data från kvalitetsregistret Senior Alert vore det önskvärt att det bara fanns ett bedömningsverktyg som används av alla anslutna verksamheter. Det skulle också underlätta framtida studier om datamaterialet kan erhållas på ett sätt som underlättar vid statistiska analyser. Under denna studies gång har vi fått lägga en stor del av vår tid på att koda om materialet för att passa IBM SPSS Statistics 21.

Vi valde att i denna studie inte skilja på individer med risk för undernäring och personer med konstaterad undernäring utan att se dem som en grupp. Detta då grupperna ej skiljs åt i Senior Alert utan utgör en variabel. Vilka som är undernärda och vilka som har risk för undernäring är något som vi tagit reda genom att dela upp populationen med risk för undernäring utifrån SF-MNA poäng. Det är också vanligt i annan forskning inom detta område att dessa grupper studeras som en.

Retrospektivt känner vi att våra urvalskriterier skulle kunnat vara annorlunda. Med tanke på vikten av att förebygga undernäring undrar vi om åldersgränsen 80 år är satt för högt. Kanske skulle vi valt att inkludera alla personer över 70 år, då det är den ålder då äldre personer börjar tappa i vikt.(8)

7.2 Resultatdiskussion

Populationen i denna studie bestod av dubbelt så många kvinnor än män. Denna könsfördelning är förväntad då det är allmänt känt att det finns fler kvinnor över 80 år än det finns män. Vår

studie kom fram till att det var mer än hälften av alla individer som lider av risk för undernäring. Det stämmer överens med tidigare forskning(13-15) vilket tyder på att det är ett trovärdigt resultat när vår egen och dessa tidigare studier visar liknande resultat. I Senior Alert är 18 % av alla som registrerats redan konstaterat undernärda. Resultatet visar på att det är ett stort och viktigt problem att adressera omvårdnadsområdet äldre och förekomsten av risk för undernäring. Eftersom något mer än hälften av studiepopulationen redan lider av risk för undernäring känns det sent att göra en riskbedömning först när de befinner sig på kommunala boenden (8, 14). Om personer bedöms redan när de bor i hemmiljö och besöker vårdcentraler kan mer göras för att förhindra att så många individer över 80 år utvecklar risk för undernäring. Studiens resultat tyder på att det kan vara viktigt att utveckla fler specificerade mottagningar för äldre som redan nu finns på ett fåtal vårdcentraler i Västra Götaland. Där kan distriktssköterskor arbeta preventivt med näring riktat mot en riskpopulation (22-24). Vi tror att det skulle finnas ett ekonomiskt värde i att arbeta preventivt med folkhälsoområdet näring och äldre. Det är känt att ett dåligt näringstillstånd ofta samexisterar med ett flertal andra sjukdomar och funktionsnedsättningar (2, 34). Dessutom har personer med låg utbildningsnivå och låg inkomst en kosthållning som är obalanserad (37-39). Om distriktssjuksköterskorna kan bedöma, informera samt hjälpa individer att få rätt socialt och ekonomiskt stöd kan samexisterade sjukdomstillstånd och följsjukdomar tex vård efter fall och trycksår som kostar samhället mycket pengar förhindras eller skjutas upp.

När det gäller förekomsten av risk för undernäring ur ett genusperspektiv har äldre kvinnor en signifikant större risk för att lida av risk för undernäring än äldre män har. Detta resultat bekräftas i tidigare studier (34, 35). Äldre kvinnor har bättre kunskap om näring och tillagning av mat och borde därmed teoretiskt ha bättre näringsstatus än män (33). I denna studie hade vi inte tillgång till uppgifter som civilstånd men vetskap om att fler äldre kvinnor lever ensamma än män gör kan påverka resultatet. Män som bor i det egna hemmet kan ha partners som i många fall även är yngre i ålder och som sköter maten i hushållet. Kvinnor lever i större utsträckning själva och måste sköta om maten själva. Att bo ensam påverkar näringsintaget. Individer som bor ensamma intar mindre näring (16, 18). Kvinnor behandlas även oftare med läkemedel. Läkemedel påverkar hela kroppen och i förlängningen även intag och upptag av näring (1, 3). Utöver det så har idag kvinnor över 80 år generellt en låg utbildningsnivå, i många fall har de varit hemmafruar och lever därför på en låg pension och saknar ATP vilket innebär att de lever under fattigdomsgränsen. Alla dessa faktorer kan påverka näringsintaget och vara orsak till att kvinnorna i Västra Götaland har en större risk för undernäring.

Registreringar i Senior Alert utförs av kommunal sjukvård där sjuksköterskor gör riskbedömningarna. Kommunal sjukvård erbjuds i ett antal olika boendeformer. Allt från hjälp i det egna hemmet av hemtjänstpersonal till permanenta boendeformer som demensboende eller särskilt boende. Tidigare forskning har visat på att risk för undernäring förekommer i högre grad inom korttidsvården, som är den rehabiliterande instansen efter en sjukhusinläggning, än i någon annan boendeform (13). Även vår undersökning kommer fram till att det är en väldigt hög andel individer som har risk för undernäring när de bor på korttidsboende. Detta skulle kunna förklaras av att det är på korttidsboende de mest sjuka hamnar, antingen i väntan på permanent plats på SÄBO eller vid utskrivning från sjukhus. Många personer kommer alltså till korttidsboende efter att varit sjuka. Näringsbehovet vid sjukdom är högre än då man är frisk (2). Det kan vara orsaken till att personer på korttidsboenden har sämre näringstillstånd än övriga vårdinstanser. Individer som bor i det egna hemmet med insatser av hemtjänst eller hemsjukvård eller i vissa fall båda två är de som har lägst risk för undernäring. Vår studie visar att denna andel ändå uppgår till 43 % då vi räknat med de som även har risk för undernäring och inte bara dem med konstaterad undernäring. I tidigare forskning har undernäring förekommit i mycket lägre grad, ca sex procent (13). Eftersom det är en stor del av populationen i Västra Götaland som inte registrerats funderar vi på om bedömningar i huvudsakligen är utförda i de fall sjuksköterskorna misstänkte att personerna kunde tillhöra riskpopulationen.

Könsfördelningen av personer med risk för undernäring i de olika boendeformerna består av mer än dubbelt så många kvinnor som män. Det stämmer med hur populationsfördelningen ser ut i övrigt. En liten skillnad ser man dock på korttidsboenden där män utgör en något högre procentdel än i de övriga boendeformerna med trots det står kvinnorna för mer än hälften av populationen på dessa vårdinstanser. Kvinnor lider i större utsträckning av risk för undernäring på två av boendeformerna, SÄBO samt i egna hemmet med hemtjänst. Däremot finns ingen statistisk signifikans att fler kvinnor än män lider risk för undernäring i någon av de övriga boendeformerna.

Strax under hälften av de individerna som bedömts ha risk för undernäring får någon omvårdnadsåtgärd insatt. Det finns ingen statistisk signifikans för att män och kvinnor får olika antal omvårdnadsåtgärder insatta. Inte heller skiljer sig valda omvårdnadsåtgärder åt mellan kvinnor och män. Vår forskningshypotes var att vi skulle hitta en skillnad mellan hur många omvårdnadsåtgärder en kvinna och en man får. Vi baserade detta på kunskapen om att män får fler och dyrare medicinska behandlingar (5, 40, 41). Studiens resultat gör att vi får förkasta

forskningshypotesen. En teori till varför omvårdnaden vid risk för undernäring inte skiljer sig åt mellan män och kvinnor i Senior Alert är att när bedömning och åtgärder sätts in när personen ej är närvarande blir könet på patienten inte lika påtagligt som vid t ex ett mottagningsbesök när du träffar patienten personligen. Detta skulle kunna vara en orsak till att könet får mindre betydelse när åtgärder skall sättas in i Senior Alert.

Senior Alert registrerar förutom riskbedömningar för undernäring även risk för fall, trycksår och ohälsa i munnen (9, 10). Statistiska beräkningar för att se samband mellan dessa variabler visar på ett svagt positivt samband mellan risk för undernäring och risk för fall, vilket var känt sedan tidigare (18). Det är fler individer som har risk för undernäring som även har risk för fall än de som inte har risk för undernäring. Med åldern förändras kroppen. Muskelmassa samt fysisk aktivitet minskar(18). Detta gör att äldre individer är sköra och får problem med balansen. De får svårare att ta sig till affärer och handla samt att sedan tillaga maten. Minskat intag av en varierad kost med måltider fördelade jämt över dagen samt mellanmål (2, 17) däremellan leder till minskat protein och energiintag vilket ytterligare leder till minskad ork, minskad fysisk aktivitet och minskad muskelmassa.

Det finns ett positivt samband mellan risk för undernäring och risk för trycksår. Nästa alla med risk för trycksår har även risk för undernäring. Trycksår utan risk för undernäring förekommer nästan inte alls. Detta fynd pekar på vikten av en god näringsstatus för att undvika att sår uppkommer. Personer som är sjuka och inte kan försörja sig näringsmässigt är ofta sängliggande och då ökar riskerna för att sår kan uppkomma. Såren blir svårläkta om näringsintaget är dåligt då kroppen behöver beståndsdelar för att läka. Däremot finns inget samband mellan risk för undernäring och ohälsa i munnen. Vi har dock ingen information om faktorer som påverkar utanför de variabler som är upptagna i registret. Vi kan därför inte dra några slutsatser om vad som påverkar resultatet då det finns många confounding factors, som t ex civilstatus, ekonomi, utbildningsnivå och sjukdomshistoria.

Uppföljning av riskbedömningar vid risk för undernäring har skett i mindre än hälften av fallen. Det har gått en ansevärd tid mellan den ursprungliga riskbedömningen och uppföljningen i de flesta fall. Uppföljning av undernäring är dålig. BMI och vikt är inte tagna igen vid uppföljningen i många av fallen. Vid kontroll av hur vikt och BMI förändrats mellan första riskbedömningen och

uppföljningen visar studien att varken vikten eller BMI har förändrats i någon riktning. Trots åtgärder går de äldre individerna inte upp i vikt. Eftersom åtgärderna inte ger effekt hur vet vi inte om sjuksköterskorna verkligen satt in de planerade omvårdnadsåtgärderna. Sjuksköterskor och all vårdpersonal måste lägga stor vikt vid att tidigt häva en viktninskning och förebygga då det är mycket svårt att inte bara hejda en viktninskning utan även få individerna att gå upp i vikt. Distriktssköterskans huvuduppgift i näringsområdet måste därför vara att kartlägga och bedöma patienter samt arbeta förebyggande med näring hos äldre individer

7.3 Implikationer

Undernäring är ett stort problem bland våra äldre. Distriktssköterskor i primärvården har ett stort ansvar vad gäller att identifiera och förebygga risk för undernäring. Resultatet av studien tyder på att det är viktigt med tidig upptäckt av risk för undernäring då och mer än hälften av de äldre över 80 år redan har risk för undernäring. Vi anser att det skulle passa distriktssköterskan utmärkt att arbeta med området undernäring då fokus ligger på att förebygga. Denna studie tyder på att det förebyggande arbete som görs med hjälp av Senior Alert inte leder till resultat i den utsträckning man skulle önska. Idag används inte Senior Alert i primärvården i så stor utsträckning. Genom att erbjuda hälsosamtal till äldre där näringsstatus kartläggs med hjälp av Senior Alert skulle vara ett sätt som distriktssköterskan skulle kunna arbeta med risk för undernäring.

7.4 Slutsats

Syftet med studien var att undersöka förekomst av risk för undernäring hos äldre personer med fokus på könsskillnader. Studie visade att det var mer än hälften av alla individer som led av risk för undernäring. Äldre kvinnor har en signifikant större risk för att lida av risk för undernäring än äldre män. Kvinnor lider i högre grad av risk för undernäring på SÄBO samt i det egna hemmet med hemtjänst. Högst andel individer med risk för undernäring bor dock på korttidsboende. Personer som bor i det egna hemmet med insatser av hemtjänst eller hemsjukvård är de som har lägst risk för undernäring. Mindre än hälften av de individer som har risk för undernäring får inte någon omvårdnadsåtgärd insatt. Vilka omvårdnadsåtgärder som sätts in skiljer sig inte åt mellan kvinnor och män. Uppföljning har utförts i mindre än hälften av fallen. Ofta har det gått ganska lång tid mellan den ursprungliga riskbedömningen och uppföljningen. Uppföljningarna visar att trots insatta omvårdnadsåtgärder går de äldre individerna inte upp i vikt. Resultatet visar på att det är ett stort

och viktigt problem och att distriktssjuksköterskor måste arbeta förebyggande med näringsfrågor i möten med äldre individer.

7.5 Fördelning av arbetet

Arbetet har fördelats lika mellan författarna. Fakta till bakgrundsmaterialet söktes delvis enskilt och bearbetades sedan gemensamt. Allt material samt dataanalyserna har genomförts och analyserats gemensamt och båda har varit delaktiga i alla moment i arbetet.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>. Hämtad 2013-09-04
2. Abrahamsson L, Hörnell A, Ekblad J. Nutrition under livscykeln. In: Abrahamsson L, Andersson A, Nilsson G, editors. Näringslära för högskolan: från grundläggande till avancerad nutrition Stockholm: Liber; 2013.
3. Socialstyrelsen. Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre 2011.
4. Daniulaityte R. Making sense of diabetes: cultural models, gender and individual adjustment to Type 2 diabetes in a Mexican community. Social science & medicine (1982). 2004;59(9):1899-912.
5. Hamberg K, Risberg G, Johansson EE, Westman G. Gender bias in physicians' management of neck pain: a study of the answers in a Swedish national examination. Journal of women's health & gender-based medicine. 2002;11(7):653-66.
6. Bird CE, Fremont AM, Bierman AS, Wickstrom S, Shah M, Rector T, et al. Does quality of care for cardiovascular disease and diabetes differ by gender for enrollees in managed care plans? Women's Health Issues. 2007;17(3):131-8.
7. Socialstyrelsen. Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring 2011. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-9-2>. Hämtad 2013-09-04
8. Dey DK, Rothenberg E, Sundh V, Bosaeus I, Steen B. Body mass index, weight change and mortality in the elderly. A 15 y longitudinal population study of 70 y olds. European journal of clinical nutrition. 2001;55(6):482-92.
9. Alert Senior. Senior Alert. Available from: <http://www.lj.se/senioralert>. Hämtad 2013-09-04
10. Nestlé. Mini Nutritional Assessment. Available from: http://www.mna-elderly.com/mna_forms.html. Hämtad 2013-09-04
11. Stevens J, Cai J, Pamuk ER, Williamson DF, Thun MJ, Wood JL. The Effect of Age on the Association between Body-Mass Index and Mortality. The New England Journal of Medicine. 1998;338(1):1-7.
12. Mowe M, Bosaeus I, Rasmussen HH, Kondrup J, Unosson M, Rothenberg E, et al. Insufficient nutritional knowledge among health care workers? Clinical Nutrition. 2008;27(2): 196-202

13. Kaiser MJ, Uppsala u, Medicinska och farmaceutiska v, Klinisk nutrition och m, Institutionen för folkhälso- och v, Medicinska f, et al. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. J Am Geriatr Soc. 2010;58(9):1734.
14. Stange I, Bartram M, Liao Y, Poeschl K, Kolpatzik S, Uter W, et al. Effects of a Low-Volume, Nutrient- and Energy-Dense Oral Nutritional Supplement on Nutritional and Functional Status: A Randomized, Controlled Trial in Nursing Home Residents. Journal of the American Medical Directors Association. 2013;14(8):628.e1-8.
15. Izawa S, Kuzuya M, Okada K, Enoki H, Koike T, Kanda S, et al. The nutritional status of frail elderly with care needs according to the mini-nutritional assessment. Clinical Nutrition. 2006;25(6):962-7.
16. Livsmedelsverket. Vetenskapligt underlag till råd om bra mat i äldreomsorgen 2011. Available from:
http://www.slv.se/upload/dokument/rapporter/mat_naring/2011/2011_livsmedelsverket_3_vetenskapligt_underlag_till_rad_aldreomsorgen.pdf.
Hämtad 2013-09-26
17. Dehlin O. Gerontologi: åldrandet i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv. Stockholm: Natur och kultur; 2000.
18. Neyens J, Halfens R, Spreeuwenberg M, Meijers J, Luiking Y, Verlaan G, et al. Malnutrition is associated with an increased risk of falls and impaired activity in elderly patients in Dutch residential long-term care (LTC): A cross-sectional study. Archives of Gerontology & Geriatrics. 2013;56(1):265-9.
19. SKL. Bättre liv för sjuka och äldre. Available from:
http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/alldre/battreliv.
Hämtad 2013-09-04
20. Senior Alert. Blanketter. Available from:
<http://www.lj.se/infopage.jsf?childId=13449&nodeId=40882>.
Hämtad 2014-01-02
21. Rosengren K, Höglund PJ, Hedberg B. Quality registry, a tool for patient advantages - from a preventive caring perspective. Journal of Nursing Management. 2012;20(2):196-205.
22. Hogstedt C, Backhans M, Statens f. Velfärd, jämlikhet och folkhälsa: vetenskapligt underlag för begrepp, mått och indikatorer / [Elektronisk resurs]. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003.

23. Härenstam A, Hammarström A, Östlin P. Kön och ohälsa - begrepp och förklaringsmodeller. In: Danielsson M, Diderichsen F, Härenstam A, Lindberg G, Östlin P, editors. Kön och ohälsa: en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv Stockholm: Studentlitteratur; 1996.
24. Distriktssköterskeföreningen. Kompetensbeskrivning för distriktssköterskor 2009. Available from: <http://www.distriktsskoterska.com/dokument.php?cat=1&id=1%29>. Hämtad 2013-09-26
25. Distriktssköterskeföreningen. PUNK-handboken. Available from: <http://www.distriktsskoterska.com/punk.htm>. Hämtad 2014-01-20
26. Bülow M, Camper A-M, Ekman S, Rothenberg E, Sjöberg K, Willén E, et al. Äldres behov i relation till mat, näring och måltidssituationen. SIK-rapport; 2007 770.
27. Hovelius B, Johansson EE. Kropp och genus i medicinen. Lund: Studentlitteratur; 2004.
28. Johannisson K. Den mörka kontinenten: kvinnan, medicinen och fin-de-siècle. Stockholm: Norstedt; 1994.
29. Vårdhandboken. Medvetenhet i vården. Available from: <http://www.vardhandboken.se/texter/bemotande-i-var-d-och-omsorg-genusperspektiv/medvetenhet-i-varden/>. Hämtad 2013-12-21
30. Smirthwaite G, Sveriges kommuner och l. (O)jämslälldhet i hälsa och vård: en genusmedicinsk kunskapsöversikt. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2007.
31. Risberg G. Genusbias inom medicinen. Medicinsk genusforskning : teori och begreppsutveckling. 2004;(2):105-110
32. Wham CA, Bowden JA. Eating for health: Perspectives of older men who live alone. Nutrition & Dietetics. 2011;68(3):221-6.
33. Baker AH, Wardle J. Sex differences in fruit and vegetable intake in older adults. Appetite. 2003;40(3):269-75.
34. Johansson Y, Bachrach-Lindström M, Carstensen J, Ek A. Malnutrition in a home-living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study. Journal of Clinical Nursing. 2009;18(9):1354-64.
35. Fagerström C, Palmqvist R, Carlsson J, Hellström Y. Malnutrition and cognitive impairment among people 60 years of age and above living in regular housing and in special housing in Sweden: A population-based cohort study. International Journal of Nursing Studies. 2011;48(7):863-71.

36. Virtuoso-Júnior JS, Tribess S, Romo-Perez V, Oliveira-Guerra R. Factors associated to risk of malnutrition amongst elderly women in low-income communities. *Colombia Medica*. 2012;43(1):54-62.
37. Timpini A, Facchi E, Cossi S, Ghisla MK, Romanelli G, Marengoni A. Self-reported socio-economic status, social, physical and leisure activities and risk for malnutrition in late life: a cross-sectional population-based study. *The journal of nutrition, health & aging*. 2011;15(3):233-8.
38. Laura JS, Sarah LS, Carlos OW, Roland JT, Richard DS, Linda PF. Financial Strain Is Associated with Malnutrition Risk in Community-Dwelling Older Women. *Epidemiology Research International*. 2012;2012.
39. Turconi G, Rossi M, Roggi C, Maccarini L. Nutritional status, dietary habits, nutritional knowledge and self-care assessment in a group of older adults attending community centres in Pavia, Northern Italy. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2013;26(1):48-55.
40. Foss C, Sundby J. The construction of the gendered patient: hospital staff's attitudes to female and male patients. *Patient Education & Counseling*. 2003;49(1):45-52.
41. Nyberg F, Osika I, Evengard B. "The Laundry Bag Project"--unequal distribution of dermatological healthcare resources for male and female psoriatic patients in Sweden. *International journal of dermatology*. 2008;47(2):144-9.
42. Riksdagen. Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor Available from: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/.
Hämtad 2013-12-21
43. Vetenskapsrådet. Forskningsetiska principer inom samhällsvetenskaplig-humanistisk forskning. Available from: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>.
Hämtad 2014-01-03
44. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lippincott; 2006.
45. Ejlertsson G. *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur; 2012.